

# SOLITÁRNÍ METASTÁZA KARCINOMU PROSTATY DO VARLETE 14 LET PO RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII A SALVAGE RADIOTERAPII.

Autoři: Mokriš J., Zachoval R.

Urologické oddělení, Thomayerova nemocnice

## Souhrn

Nádorové metastázy do varlete jsou velice vzácné. Představují přibližně 1% všech testikulárních nádorů. Karcinom prostaty je nejčastější příčinou metastáz do varlete, v literatuře bylo dosud popsáno méně než 100 případů. Většinou se jedná o náhodné nálezy zjištěné při histologickém vyšetření varlat po oboustranné orchiektomii nebo při patologicko-anatomické pitvě. Klinicky se manifestující metastázy jsou velmi vzácné.

Prezentujeme kazuistiku pacienta se solitární metastázou karcinomu prostaty do varlete 14 let po radikální prostatektomii a 11 let po salvage radioterapii bez jiných známek progresu základního onemocnění. Po provedení orchiektomie se hladina PSA snížila na nulové hodnoty. Metastázy karcinomu prostaty se mohou vyskytovat i v netypických lokalizacích a při malém vzestupu PSA. Pečlivé fyzikální vyšetření může tyto metastázy odhalit, a nehlédě na moderní technologie tak zůstává základní klinickou vyšetřovací metodou.

## Klíčová slova:

Metastáza, varle, karcinom prostaty

## Úvod

Karcinom prostaty tvoří druhou nejčastější malignitu u mužů v České republice. Jeho incidence stoupá s věkem s maximem v 7. a 8. dekádě života. Karcinom prostaty je u mužů starších 50 let detekovatelný v 30–40% případů, většina nálezů je ovšem latentních. Riziko klinicky manifestního karcinomu u 50 letého muže je přibližně 9%. Karcinom prostaty nejčastěji metastazuje do pánevních lymfatických uzlin, do skeletu, či do plic. Méně časté jsou metastázy do močového měchýře, jater, nadledvin a vzácně do varlete.

v literatuře jsou uváděny pouze jednotlivé kazuistiky nebo malé soubory pacientů s metastázami do varlete (8). První případ metastázy karcinomu prostaty do varlete byl publikován v roce 1938 Semansem (1). Dosud bylo publikováno méně než 100 případů, nejčastěji diagnostikovaných náhodně v rámci histologického vyšetření varlat po bilaterální orchiektomii provedené v rámci léčby pokročilých stádií karcinomu prostaty nebo při patologicko-anatomické pitvě (8). Metastázy karcinomu prostaty do varlete zjištěné na základě klinických obtíží či klinického nálezu jsou extrémně vzácné a mohou představovat diferenciálně diagnostický problém u starších mužů s nálezem expanzivního procesu varlete. V této kazuistice bude popisován případ pacienta, u kterého byla diagnostikována solitární metastáza ve varleti i přes relativně nízké hodnoty PSA.

## Kazuistika

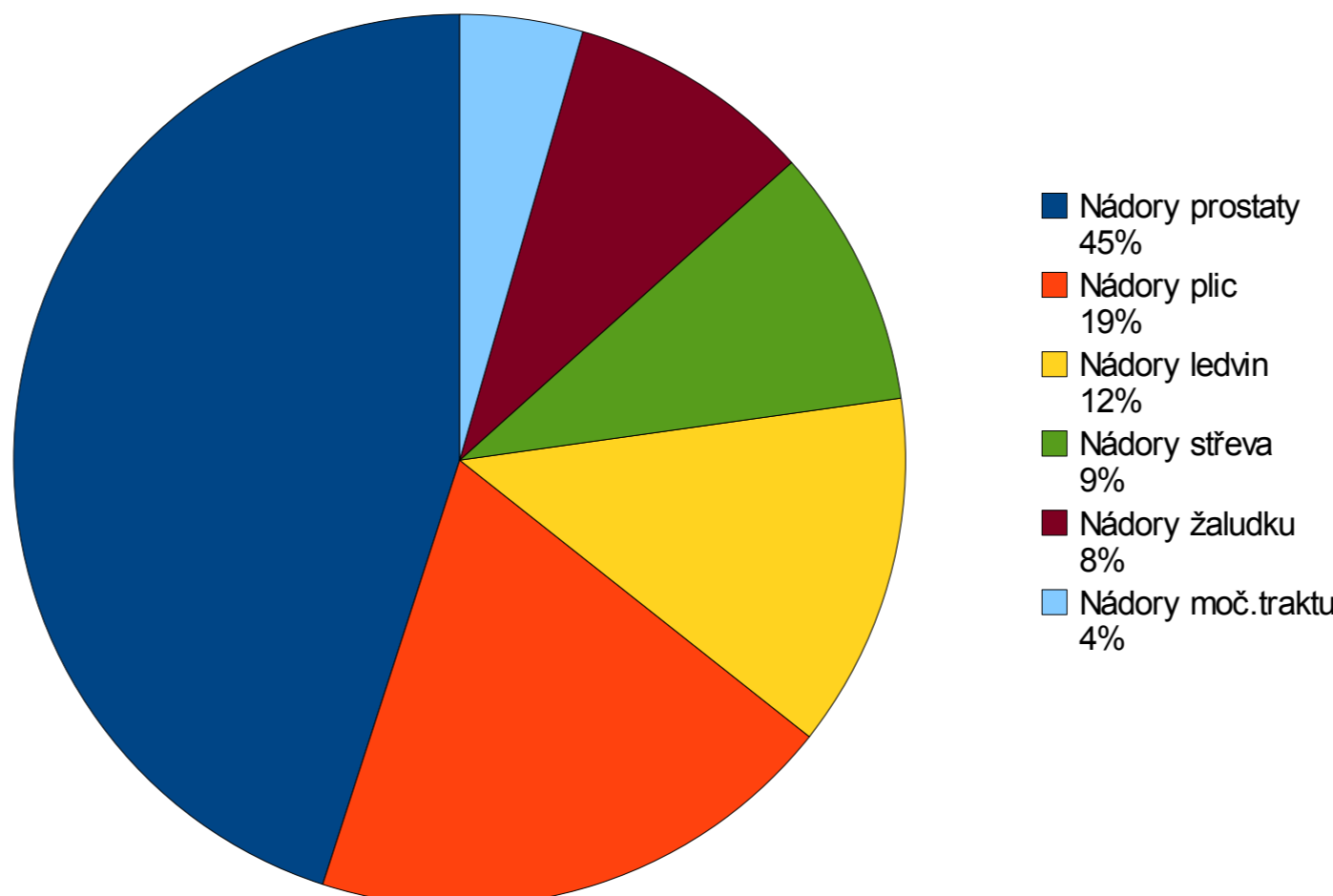
66 letý pacient v roce 1999 prodělal radikální prostatektomii s lymfadenektomií pro dobře diferencovaný adenokarcinom prostaty, pT2 pN0 M0, Gleson skóre 3 (1+2), iPSA 7,0. Pro biochemickou (PSA 1,7 ng/ml) a lokální (biopticky verifikován karcinom prostaty Gleason skóre 3) recidivu podstoupil v roce 2002 salvage radioterapii. Po radioterapii byl dosažen nadir PSA 0,11 ng/ml, který se dále udržoval stabilní. Následovalo ambulantní sledování pacienta.

v prosinci roku 2012 byl pacient akutně vyšetřen na naší ambulanci pro dysurické obtíže a pocit zvětšování levého varlete. Byl zjištěn vzestup hodnoty PSA na 1,5ng/ml. Při fyzikálním vyšetření bylo levé varle palpačně hrbolaté, tuhé a nebolestivé, pravé varle bylo bez patologického nálezu. Při vyšetření per rektum nebyla zjištěna suspekce na recidivu základního onemocnění. Při ultrasonografickém vyšetření skrota byla na levém varleti nalezena nehomogenní struktura s anechogenními okrsky a kalcifikacemi v rozsahu 42x23mm se závěrem suspekčního tumoru levého varlete. Pacient byl indikován k akutní radikální levostranné orchiektomii. Histologický nález prokázal metastázu hůře diferencovaného adenokarcinomu prostaty. Měsíc po operaci poklesla hodnota PSA na 0,057 ng/ml a je dále stabilní. Kontrolní stagingová vyšetření (scintigrafie skeletu, snímek plic a CT břicha a pánve) byla negativní.

## Diskuse

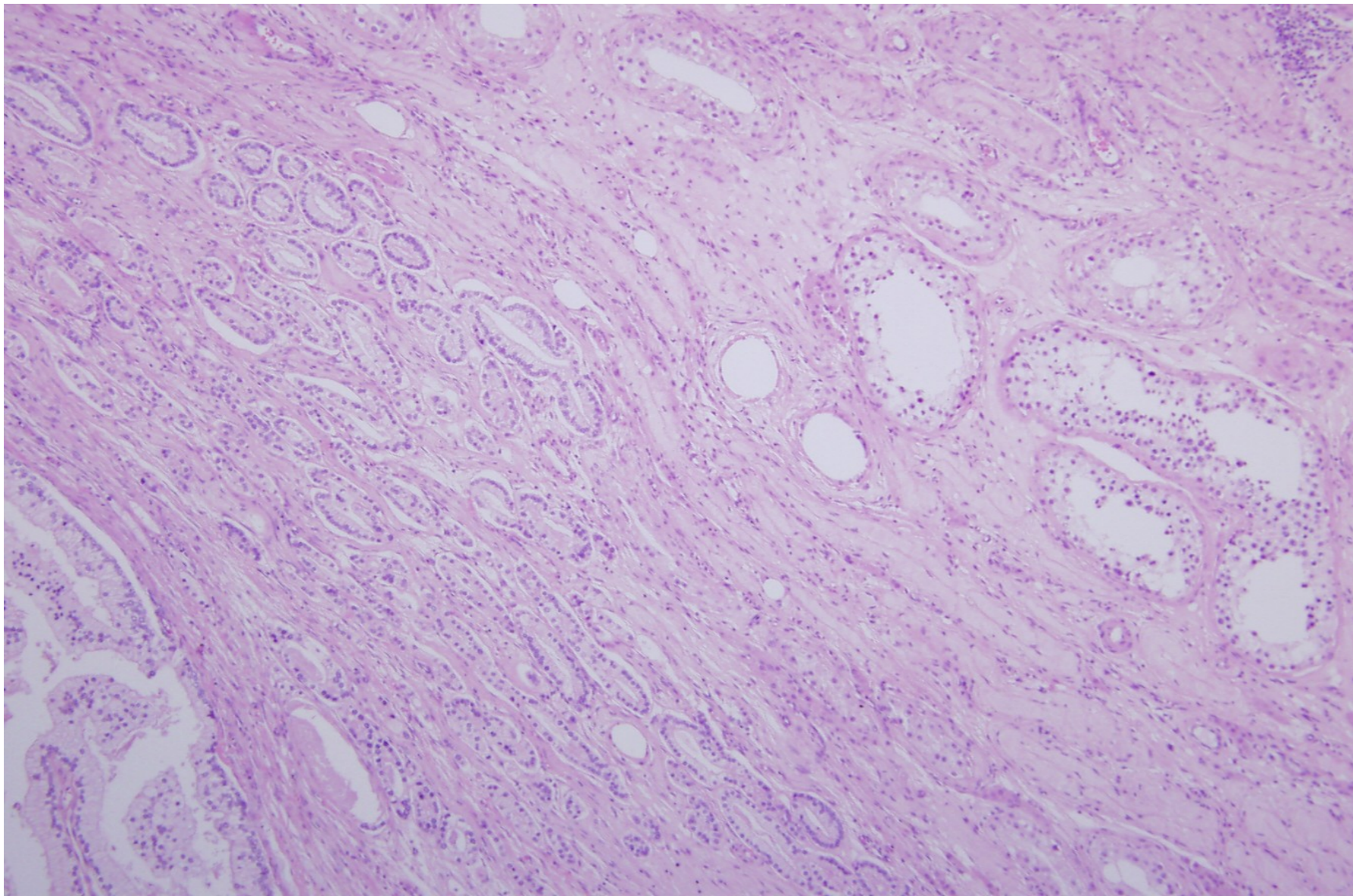
U našeho pacienta byla prokázána pouze jedna solitární metastáza do levého varlete bez jiných prokázaných metastáz a bez výrazné elevace PSA, což je velice vzácné. V literatuře jsou popsány případy metastázy adenokarcinomu prostaty do varlete, většina z nich je ovšem spojena s metastatickým postižením skeletu. Je proto nutné pamatovat i na možnost solitární metastázy bez současného postižení skeletu. Jsou popsány i vzdálené metastázy karcinomu prostaty při neměřitelných hodnotách PSA, ovšem při velmi nepříznivém histologickém nálezů (10). V našem případě byla sice metastáza popsána jako hůře diferencovatelný adenokarcinom prostaty, ovšem původní histologický nález po radikální prostatektomii byl hodnocen jako dobře diferencovatelný adenokarcinom prostaty.

Metastázy do varlete jsou vzácné. Bylo popsáno jen několik desítek případů, přičemž nejčastěji šlo o metastázu při karcinomu prostaty. Ve své přehledové studii z roku 2008 uvádí Ulbright a Young 91 případů metastáz karcinomu prostaty do varlete. Druhým nejčastějším primárním nádorem byl nádor plic (39x), třetím nádor ledvin (26x). Procentuální zastoupení popsaných případů jednotlivých typů metastáz nádorů do varlete uvádí graf níže.

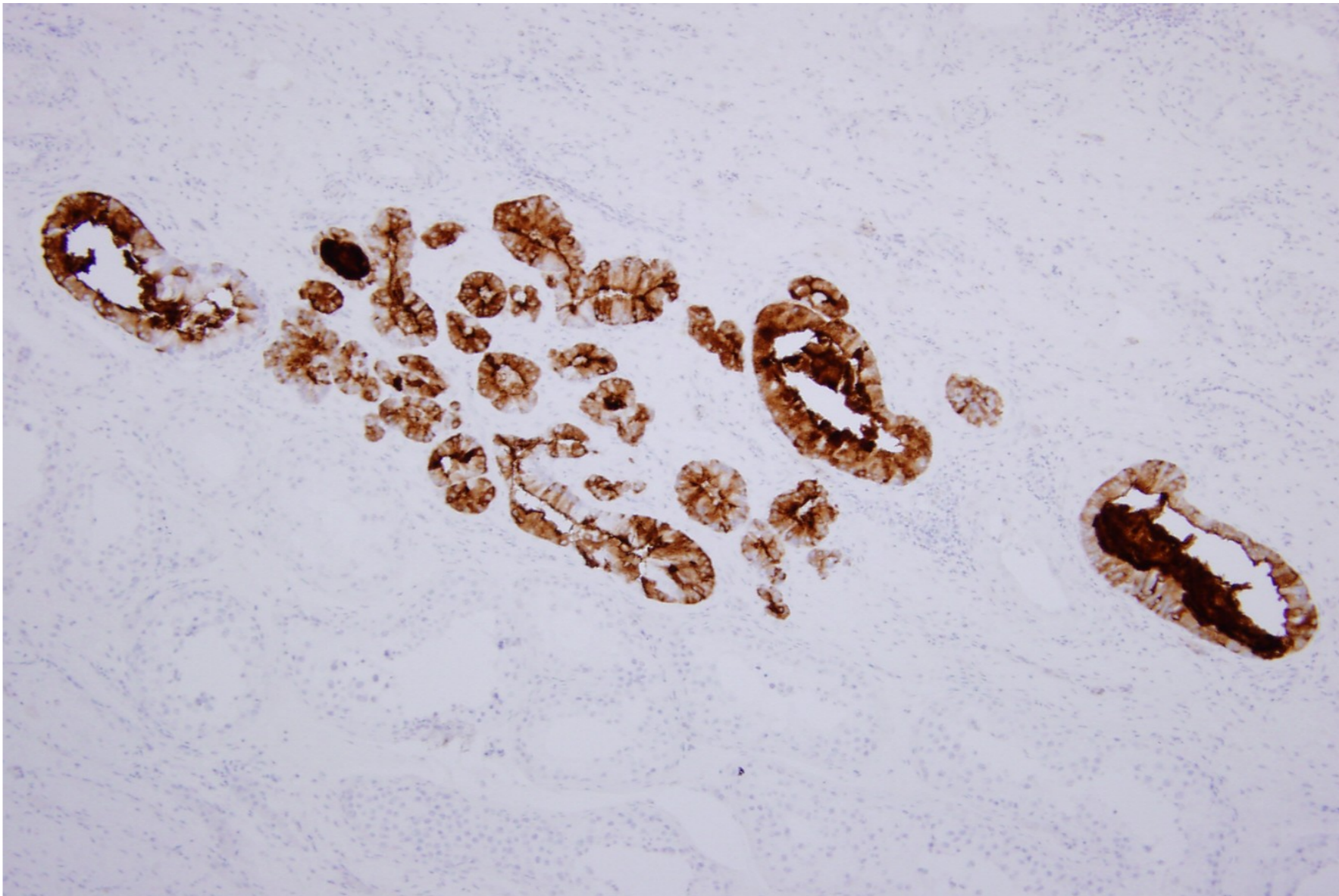


Většina z popsaných případů byla zjištěna náhodně v rámci histologického vyšetření varlat po bilaterální orchiektomii jako hormonální léčbě pokročilých stádií karcinomu prostaty nebo v rámci patologicko-anatomické pitvy (4,6,7). Klinicky manifestní metastázy do varlete jsou velmi vzácné. Vyskytují se zejména u starších pacientů, zatímco primární testikulární nádory diagnostikujeme nejčastěji u mužů mezi patnáctým a pětáctým rokem (9). Ve většině případů se první projevy objeví až s odstupem několika let po zjištění primárního nádoru (8). V literatuře jsou ojediněle popsány případy, kdy šlo o první manifestaci primárního nádoru (4–6). Při suspektním nálezů diferenciálně diagnosticky uvažujeme jak o jiném nádorovém onemocnění (germinální nádory, non Hodgkinův lymfom), tak o některém z nenádorových onemocnění varlat a nadvarlat (např. orchiepididymitidě, staršímu úrazu skrota apod.).

Histologické rysy metastáz adenokarcinomu prostaty do varlete závisí na stupni diferenciace primárního nádoru, dobře diferencované karcinomy jsou často světlouněné a připomínají primární nádor. U hůře diferencovaných procesů či nádorů dediferencovaných pak může být histopatologický obraz zcela odlišný a ze standardního histopatologického vyšetření nemusí být původ v prostatě vůbec zřejmý. O to důležitější roli hraje imunohistochemický průkaz specifických diferenciálních markerů, které ozřejmí histogenezu zastíženého tumoru. V případě adenokarcinomu prostaty jde o pozitivitu zejména PSA a PSMA a negativitu markerů adenokarcinomů jiné primární histogeneze (plíce, gastrointestinální trakt či ledviny). Podrobné histopatologické vyšetření doplněné panelem imunohistochemických metod rovněž umožní odlišit metastatické postižení tkáně varlete od primárních germinálních tumorů či infiltrace lymfomy.



Obr. č. 1  
Infiltrace tkáně varlete metastat. hůře diferenc. adenokarcinomem prostaty (barvení HaE, původní zvětšení 100x).



Obr. č.2  
Pozitivita úseků metastázy hůře diferenc. adenokarcinomu prostaty v imunohistochemickém průkazu PSMA ve tkáni varlete (původní zvětšení 100x).

Přesná prognóza pacientů s metastázami karcinomu prostaty do varlete není známa, ale zdá se, že celkové přežití pacientů není vznikem této metastázy zásadně ovlivněno (1), a to jak u generalizovaných onemocnění, tak v případě solitárních metastáz (1,3).

## Závěr

Metastázy karcinomu prostaty se mohou vyskytovat i v netypických lokalizacích a při malém vzestupu PSA. Pečlivé fyzikální vyšetření může tyto metastázy odhalit, a nehlédě na moderní technologie tak zůstává základní klinickou vyšetřovací metodou. Následné histopatologické vyšetření by mělo být podrobné a komplexní, včetně potřebného spektra imunohistochemických metod.

## Literatura:

1. D'Amico A, Cavalleri S, Rahmati M et al. A case of testicular metastasis from carcinoma of the prostate. *Int Urol Nephrol* 1995;27:p.593-6.
2. Baykal K, Yildirim S, Inal H et al. Metastasis of prostate adenocarcinoma to testis. *Int J Urol* 1997;4,p.104-5.
3. Bubendorf L, Schopfer A, Wagner U et al. Metastatic patterns of prostate cancer: an autopsy study of 1,589 patients. *Hum Pathol* 2000;31:p.578-83.
4. Denoux Y, Vieillefond A, Molinié V. Lésions non tumorales et lésions pseudotumorales testiculaires et paratesticulaires. In: Camparo P, Vieillefond A, Molinié V et al. *Pathologie du testicule et des organes génitaux externes masculins*. Paris: Elsevier, 2006, p.112-32.
5. Haupt HM, Mann RB, Trump DL, Abeldoff MD. Metastatic carcinoma involving the testis. Clinical and pathologic distinction from primary testicular neoplasm. *Cancer* 1984;54:p.709-14.
6. Patel SR, Richardson RL, Kvols L. Metastatic cancer to the testes: a report of 20 cases and review of the literature. *J Urol* 1989;142:p.1003-5.
7. Price Jr EB, Mostofi FK. Secondary carcinoma of the testis. *Cancer* 1957;10:p.592-5.
8. Ulbright TM, Young RH. Metastatic carcinoma to the testis: a clinicopathologic analysis of 26 nonincidental cases with emphasis on deceptive features. *Am J Surg Pathol* 2008;32:p.1683-93.
9. Campbell-Walsh Urology, 9th ed. Copyright © 2007 Saunders, chapter 29, ISBN 978-0-8089-2353-4
10. A. Heidenreich et al., Guidelines on Prostate Cancer, European Association of Urology 2013, p.107